

## RECAPITO E-MAIL DELL'ACCADEMIA

Il tentativo di spedire Accademia News 97 dal solito portale virgilio.it è miseramente naufragato, non si sa per quale motivo, considerato che fino al 17 maggio, e per ben tre anni, non avevamo mai avuto problemi.

Dopo questa esperienza ho deciso di utilizzare come indirizzo e-mail ufficiale il seguente:

**[qualitologia@qualitologia.it](mailto:qualitologia@qualitologia.it)**

Vi chiedo quindi di inviare i vostri contributi, commenti, richieste e quant'altro esclusivamente a questo indirizzo.

## PROJECT MANAGEMENT IN SANITA'

volevo segnalare ai soci dell'Accademia di Qualitologia che fossero interessati al project management che dal 9 al 12 novembre 2011 si svolgerà la III edizione del corso "Certificazione base di project management in sanità" organizzato a Genova da Accademia Nazionale di Medicina ([www.accm.net](http://www.accm.net)).

Un caro saluto a Lei e a tutti i soci.

**Enrico Mastrofini** - VicePresidente e Responsabile Certificazione  
Istituto Italiano di Project Management

## RICHIESTA DI SUPPORTO...

sono alla ricerca di informazioni possibilmente dettagliate circa le strategie per una corretta valutazione e gestione del rischio chimico in laboratori di analisi chimiche anche alla luce del d.lgs.81/08. Qualcuno potrebbe fornirmi info o testi a riguardo?

**Gaspere Galasso** – S. Antonio Abate (Napoli)

## VALUTARE LO STRESS DA LAVORO CORRELATO NELLE AZIENDE SANITARIE

Dopo una serie di rinvii, partendo dal D.Lgs 81/08, entro il 31 dicembre 2011 i datori di lavoro – pubblici e privati – dovranno aver effettuato la valutazione dello stress da lavoro correlato. La valutazione del rischio da stress è parte integrante della valutazione dei rischi aziendali ed è quindi indispensabile che tutti si adeguino a questi che attualmente rappresentano i requisiti minimi di applicazione del D.Lgs. Partendo da questa deadline, Progea (i partner italiani di JCI) ha organizzato il 23 maggio a Milano un corso teorico-pratico, al quale ho avuto il piacere di partecipare. Durante il corso, introdotto da **Mario Faini** e condotto da **Adele Steli** e da **Stefano Albertini**, due esperti sull'argomento, sono stati discussi gli indicatori e i fattori di rischio, ed inoltre abbiamo appreso alcuni strumenti, metodologie e percorsi operativi necessari per una valutazione approfondita del rischio di stress da lavoro correlato.

Mario Faini ci ha gentilmente messo a disposizione le diapositive della prima parte del corso, che potete scaricare dall'area riservata ai soci, dal capitolo "formazione". Sarà così possibile avere una idea più concreta delle cogenze che ci aspettano...

## IN MERITO AI COAGUCHECK

Anche io uso i CoaguCheck Roche e ho avuto le stesse perplessità esposte dalla collega Francesca Siriani di Palmanova.

Mi piacerebbe se potessimo definire un protocollo comune assieme a tutti gli interessati.

**Elena Vagnoni** – San Benedetto del Tronto

-----  
Posso suggerire genericamente quanto segue:

- sia SiMeL che SiBioC hanno pubblicato delle raccomandazioni/linee guida sulla gestione del POCT. Questo è già un primo riferimento importante da declinare nella propria realtà.
- nello specifico è consigliabile avere una istruzione operativa che definisca ambiti e modalità d'uso

- da un punto di vista tecnologico è consigliabile utilizzare strumenti ad uso "professional" che permettono di gestire blocchi strumentali per il personale non abilitato, blocchi se il controllo di qualità (meglio controllo di processo) non è effettuato, la registrazione automatica dei risultati su LIS.

- se l'organizzazione è grande e complessa, sconsiglio di utilizzare registrazioni manuali, onerose in termini di tempo e gestione

- da anni seguo un eccellente forum della AACC sul POCT ([aacc-poct-div@aacclists.org](mailto:aacc-poct-div@aacclists.org)): si trovano molte informazioni

Cordialmente

**Marco Casati** – A.O. S. Gerardo, Monza

Anni fa Marco è stato, assieme ad altri, un protagonista del gruppo di lavoro sul POCT. La "position paper" allora elaborata è disponibile nell'area riservata, nel capitolo "Gestione del POCT". Da quell'esperienza sono passati ormai 4-5 anni e forse la tecnologia è migliorata e le possibilità di un CQI/VEQ sono aumentate.

Forse. Sarebbe bello, come Elena suggerisce, ritrovarci uno o due pomeriggi a Milano in sede dell'Accademia per rivisitare quel documento e attualizzarlo. Cosa ne pensate? Si accettano volontari che abbiano ovviamente maturato esperienze nella gestione dei point-of-care. O che siano interessati ad approfondire l'argomento. L'invito è esteso anche ai rappresentanti delle Imprese che distribuiscono POCT per un confronto aperto e costruttivo, in particolare per trovare una soddisfacente prassi comune nella gestione del coagulometro portatile. Chi fosse interessato a partecipare mandi la sua adesione al sottoscritto entro il 15 di giugno.

## **2011 ANNO DELLA CHIMICA: THE GREATEST CHEMIST**

Per l'anno internazionale della Chimica 2011 ELSEVIER ha lanciato , a livello mondiale un sondaggio per THE GREATEST CHEMIST.

Il sondaggio si propone di indicare , sulla base di un suffragio universale, il nome del chimico che più degli altri possa aver contribuito allo sviluppo della Chimica, scegliendolo da una rosa di illustri nomi che hanno segnato la storia della Chimica.

Invito gli amici dell'Accademia a partecipare all'iniziativa.

Per votare utilizzare [http://www.elsevier.com/wps/find/P04.cws\\_home/greatest\\_chemist](http://www.elsevier.com/wps/find/P04.cws_home/greatest_chemist)

Ciao

**Enzo Brancaccio** – Pompei

## **INTERESSANTE CONVEGNO SUL PIANO SANITARIO NAZIONALE**

Invio la locandina relativa al Convegno sul Piano Sanitario Nazionale come sistema di salute integrato, con preghiera di diffusione. Il convegno ANTeL si terrà a Roma nella sala capitolare del Senato della Repubblica giovedì 9 giugno, a partire dalle ore 15.

Cordialità

**Fernando Capuano** – Presidente ANTeL

Chi fosse interessato può scaricare il programma (riconoscibile per il prefisso ANTeL) dal capitolo delle attività culturali.

## **CONTINUA IL DIBATTITO SU EBM, NORME E DINTORNI**

Non condividerei a cuor leggero che sia irrilevante e futile la dicotomia fra scienza e fede. Trattasi di due metodi di pensiero agli antipodi. La fede induce a credere in dogmi riferendosi solo all'autorità di chi ha enunciato determinati concetti o assunti, o nella migliore delle ipotesi in base al solo convincimento personale, ma sempre al di là dell'esistenza o meno di prove a favore di tali idee e affermazioni. Siamo nell'ambito del pensiero magico, dell'irrazionale.

Il metodo scientifico si riferisce a un contesto di regole che governano l'acquisizione di conoscenza, fra le quali la logica e l'evidenza dei fatti sono irrinunciabili. Infatti il metodo poggia sull'osservazione sperimentale, la formulazione di ipotesi generali dedotte dall'osservazione e la possibilità di valutazione dell'ipotesi tramite la ripetizione di osservazioni. La falsificabilità delle ipotesi conoscitive acquisite pone il sigillo di scientifiche a tali ipotesi. Così per i popperiani, ma in tutto l'ampio ventaglio di interpretazioni epistemologiche che giunge fino ai relativisti mai si rinuncia all'evidenza dei fatti. Il problema è semmai che i fatti non sono sempre così univocamente evidenti e che anche i fatti evidentemente contrari all'ipotesi formulata non riescono mai a smentire l'ipotesi stessa quando la comunità scientifica l'ha abbracciata, al massimo riescono a farla riformulare.

Sarebbe fare un torto all'intelligenza anche di uno solo di noi che ci leggiamo pensare che qualcuno di noi rifiuti di doversi basare sui fatti. In questo senso l'EBM non ha aggiunto nulla alla scienza ma si è qualificata

come strumento utile a rinforzare il metodo scientifico nell'applicazione quotidiana della medicina. Che il numero di ciarlatani sia disomogeneamente distribuito fra i fautori EB e gli altri non mi risulta sia mai stato dimostrato, così come è noto che esegeti dell'EBM si siano fatti curare con trattamenti sperimentali che non avevano mai dimostrato in modo compiuto la propria efficacia, ma questi non sono problemi del metodo. Davanti alle sollecitazioni del nostro dibattito, ho estratto da uno scaffale il libricolo che mi ero fatto arrivare per 12 £ e 99 nel 1997. David Lawrence Sackett con Richardson, Rosenberg e Haynes avevano pubblicato per i tipi della Churchill Livingstone: Evidence-based Medicine, How to Practice and Teach EBM. Nell'introduzione si preoccupavano di dire che cosa non fosse l'EBM. Per non incentivare eventuali polemiche semantiche da traduzione ne trascivo un piccolo brano, così come gli autori l'hanno scritto: *EBM is not 'cook-book' medicine. Because it requires a bottom-up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patient choice, it cannot result in slavish, cook-book approaches to individual patient care. External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision. ....Clinicians who fear top-down cook-books will find the advocates of evidence-based medicine joining them at the barricades.* Il libro è diviso in 5 capitoli: 1. how to form clinical question so that they can be answered 2. how to search for the best external evidence 3. how to critically appraise that evidence for its validity and importance 4. how to actually apply it in clinical practice 5. how to evaluate your performance as a practitioner of EBM. Ogni capitolo diviso in sezioni: 1. achieving a diagnosis 2. estimating a prognosis 3. deciding on the best therapy 4. determining harm 5. providing care of the highest quality.

Coloro che si sono serviti oculatamente dello strumento EBM in questi anni, l'hanno fatto nella consapevolezza che esistono bias impliciti nel disegno di ogni studio, che ne esistono di ancor più impegnativi nel reclutamento dei pazienti e dei gruppi di controllo, che esistono condizionamenti nella scelta degli studi in fase di finanziamento, in fase di realizzazione e in fase di pubblicazione, che esistono malcelati conflitti d'interesse fra le major della letteratura scientifica e i grandi gruppi produttori di farmaci e di dispositivi medici, che la letteratura grigia non è spesso raggiungibile e non ha la stessa possibilità di qualificazione dell'altra, che i trial con esito negativo non vengono fatti pubblicare e vengono immersi nell'oblio, che il trasferimento di conoscenze cliniche non ha barriere ma così non è per gli esiti della valutazione della qualità delle cure, la cui trasferibilità da centro a centro è spesso impossibile, dipendendo la qualità dei risultati in misura rilevante dalla tradizione, dalle specifiche competenze dei professionisti e dei team, dalla tecnologia a disposizione, dalle infrastrutture, dal modello organizzativo, dall'empatia fra persone e fra gruppi di lavoro, dal sentimento di appartenenza, dalle aspettative individuali di crescita umana e professionale e quant'altro. Tutto ciò non è trasferibile e probabilmente non è neppure auspicabile che ne venga tentato il trasferimento, se non col rischio di annientare la diversificazione in nome della riduzione di variabilità, cioè dell'uniformità o del conformismo, come la si voglia definire.

Cosa hanno tentato di fare Joint Commission, ISO, EFQM? Di estrapolare dai luoghi di produzione che potevano attestare una buona efficacia dei loro processi e un'adeguata probabilità di adeguatezza dei loro prodotti, di estrapolare dicevo una serie di regole presenti in questi contesti che sembravano dare garanzia dell'affidabilità rispetto alla qualità e alla sicurezza della produzione, tanto per gli operatori che per i destinatari di quei prodotti. In altre parole avrebbero ipotizzato che ci fosse un nesso di causalità diretta o indiretta fra l'applicazione di tali regole e il grado di probabilità di ottenere e mantenere un livello atteso di qualità di produzione. Buone norme di comportamento organizzativo, che possono essere interpretate a piacere ma mai tradendo lo scopo per il quale sono state generate.

Sono trasferibili queste regole da un luogo all'altro di produzione senza alterare negativamente lo spirito costruttivo preesistente in ogni centro? Mantenendo le specificità e la creatività di ogni centro? Non lo sappiamo. Sappiamo però che è molto più probabile che sia certificato/accreditato un centro nel quale ci andremo a far curare volentieri che un altro dal quale dopo un primo contatto fuggiremmo. Cioè la disponibilità del centro a sottoporsi a una verifica terza, attinente un insieme di norme concordato, costituirebbe già elemento di affidabilità oltre che di trasparenza.

Le regole individuate hanno mostrato di essere quelle prioritarie, essenziali per raggiungere l'obiettivo dichiarato? Possiamo dire che corre a supporto di tale affermazione solo la logica e l'esperienza di professionisti dell'organizzazione.

La valutazione secondo tali regole, da parte di organismi accreditatori/certificatori è uniforme? Garantisce imparzialità e omogeneità interpretativa dei risultati? Possiamo dire che la volontarietà di adesione ai percorsi certificativo-accreditativi, uno dei pilastri, dei 'sine qua non' dei vari modelli, è stata bellamente trasgredita. Possiamo dire che il modello di relazione cliente-fornitore fra realtà da certificare/accreditare e certificatori dovrebbe implicare un'autorità terza molto forte a garanzia dell'etica professionale da far trionfare, e non è sempre così. Pensate che ampio spettro di applicazioni possa manifestarsi nel porre il cliente al centro, dovendogli fornire come prodotto la valutazione della sua capacità gestionale! Possiamo dire che la valutazione di sistema, caratteristica indispensabile per poter trarre valutazioni globali di un centro produttivo, è stata sacrificata a valutazioni di singoli processi, per ragioni di business. Possiamo dire

che alla professionalità degli auditor si è talvolta saputo rinunciare per potere ridurre i costi di valutazione, in nome della conquista di mercato.

A più riprese differenti stimabili cultori dell'MCQ, si sono posti il problema di avere contezza della veridicità del supposto nesso causale fra correttezza dell'applicazione di un modello sistemico di gestione e risultati produttivi. Recentemente ho fatto parte di un gruppo che si è impegnato a definire un'insieme di regole che potessero identificare un modello sistemico di gestione, prescindendo dalla tipologia del modello, in modo da confrontare strutture che si riferissero sia a JCI, che a EFQM o a ISO, con un gruppo di strutture che non applicassero alcun modello validato. Il lavoro si è fermato alla fase di collaudo dello strumento, per evidenti difficoltà di finanziamento dello studio e per disomogeneità o totale carenza di indicatori affidabili qualitativi da parte delle strutture. Cioè il limite maggiore nello stabilire correlazione fra modello organizzativo e risultato di salute è che non si conoscono i risultati di salute, ma neppure sono disponibili set di indicatori di processo omogenei fra differenti centri di produzione, se non all'interno di circuiti definiti.

Riprendendo il punto di partenza, non solo è assolutamente reale la dicotomia fra scienza e fede, ma non si può prescindere neppure dalla dicotomia fra scienze dure e scienze molli, o scienze pesanti e scienze leggere, intendendo con le prime le scienze di base, quelle sperimentali e con le seconde le 'scienze umane', sulle quali il tentativo di applicazione del metodo scientifico è sempre in corso, ma ottenendo gradi di predittività spesso assai insufficienti. Se la medicina può essere in astratto considerata a cavaliere, l'economia o l'organizzazione sono generalmente prive di base matematica strutturale. Ma si può verificare ogni giorno quanto l'applicazione della medicina abbia a che fare con l'organizzazione, perciò quanto la misurabilità di variabili dipendenti complesse sia in sé difficoltosa e ancora di più la correlazioni fra tali variabili e i risultati di salute.

Per i credenti dell'EBM è tutt'altra cosa. Brandiscono il convincimento che tutto sia misurabile, forse anche gli effetti delle fasi d'innalzamento ormonale sulle determinanti relazionali inter-operatori e le conseguenti variazioni comportamentali che fanno oscillare il grado di adesione alla norma. Pensano che la variabilità debba essere tendente a zero, anche fra differenti centri di produzione, penalizzando la diversificazione e l'approccio sperimentale diffuso. Pensano di calare dall'esterno best practice a pioggia, incuranti dello svilimento delle professionalità e delle persone e soprattutto della conseguente implosione di risorse competenti in innovazione.

Fanno del benchmarking un caposaldo della riconoscibilità della qualità delle prestazioni erogate, laddove il confronto nasconde troppo spesso trappole, dovute alle differenti modalità di utilizzo di risorse e di tecnologie, che consentono un'interpretazione troppo frequentemente competitiva, tradendo la dimensione collaborativa che ha ispirato dall'inizio i principi del miglioramento continuo. Pensano di estendere all'infinito i confini degli insegnamenti di Sackett, il quale si limita a trattare di diagnosi, prognosi e terapia, reclutando oggetti d'indagine sempre più fluttuanti, instabili, effimeri, che offrono scarsa presa allo strumento, come l'organizzazione, i processi valutativi o le relazioni umane. Propagandano l'utilizzo indiscriminato di protocolli e percorsi di cura con valenza internazionale e sarebbero appagati dall'applicazione globale di un unico gold standard clinical pathway per ogni patologia, realizzato in un'indiscussa cattedrale del sapere medico, certificata dai ras della filiera dei consumi sanitari, come gli oligopolisti farmaceutici, i produttori di tecnologie d'avanguardia, di dispositivi medici, così sempre ben disposti a fare squadra con leader di settore, in grado di inserire con l'assertività derivata dal carisma i loro prodotti in guide lines, protocolli e percorsi di cura.

Credono ingenuamente che con l'EBM si possano scardinare sistemi di potere che condizionano la conoscenza, mentre questi stessi sistemi hanno già inserito da tempo il marchio EBM nei loro vessilli, facendosene baluardo nel 'dare indirizzo' a sperimentazioni multicentriche transcontinentali, con costi di reclutamento solo alla loro portata.

Soprattutto credono che EB sia un nuovo fine e non un buon vecchio strumento che in medicina ha avuto a che fare con una modica quantità di asserzioni diagnostico terapeutiche, quantità che nessuno è in grado di misurare ma qualcuno s'è preso la briga di spannometrizzare in un 20% del monte conoscenze applicate.

Saluti a tutti i soci dell'Accademia

**Maurizio Pincetti** – Milano

Maurizio mi ha lasciato libero di decidere se inserire o meno questo suo pensiero sul Notiziario. E' troppo interessante per non diffonderlo. Spero anzi che questo contributo, al pari di quelli precedenti che hanno coinvolto **Andrea Gardini** su iniziativa di **Roberto Barollo**, provochi ulteriori e approfondite riflessioni.

Abbiamo tutti bisogno di discutere al di là delle procedure, dei manuali, degli audit e dei quotidiani problemi di reparto. Un grazie quindi ancora una volta a Maurizio per la profondità del suo pensiero e un ringraziamento anticipato a coloro che vorranno contribuire al dibattito.

## **GLI AFORISMI DELL'ACCADEMIA**

- **La possibilità di essere orgoglioso del proprio lavoro per un lavoratore significa molto di più del ginnasio, dei campi da tennis e delle aree per lo svago - Deming William Edwards**

- **Ci sono due errori che si possono fare lungo la via verso la verità...non andare fino in fondo, e non iniziare.** - Confucio
- **Bisogna somigliarsi un po' per comprendersi, ma bisogna essere un po' differenti per amarsi.** - Paul Gerald
- **Dovunque l'uomo voglia venderci trova degli acquirenti.** - Henri Lacordaire
- **Facile essere coraggiosi, a distanza di sicurezza.** - Esopo
- **Il mondo è talmente corrotto che si acquista la reputazione di persona perbene limitandosi a non fare il male.** - Duca di Lévis
- **Se la produttività è bassa e la qualità scadente bisogna guardare al sistema e non ai singoli** - Edwards William Deming
- **La perfezione non si ottiene quando non c'è più nulla da aggiungere, bensì quando non c'è più nulla da togliere** - Antoine de Saint Exupery

## **INFORMAZIONI VARIE**

1. Ricordo ai **nuovi soci** che nel capitolo NEWSLETTER della homepage del sito sono disponibili i numeri arretrati di Accademia News. Accademia di Qualitologia rappresenta oggi un gruppo di **1.740** persone unite dallo stesso interesse: la qualità – formalizzata o meno – in sanità (altre 90 persone ricevono il notiziario per conoscenza). . Abbiamo come obiettivo principale la condivisione di esperienze pratiche nella costruzione del Sistema di Gestione per la Qualità. Oltre a discutere qualsiasi aspetto della qualità che chiunque di noi abbia interesse ad approfondire. Non abbiamo altri vincoli se non quello del soccorso reciproco, come si conviene a chi si impegna per migliorare il proprio quotidiano. L'adesione all'Accademia richiede quindi un vincolo "morale" di supporto agli altri: altrimenti non sarebbe un gruppo ma solo una opportunità da sfruttare e basta...

2. Nel capitolo della documentazione, sottocapitolo "documentazione utile", è presente, e scaricabile, l'**ATTESTATO DI SOCIO DELL'ACCADEMIA DI QUALITOLOGIA**.

3. Non tutta la documentazione per la costruzione dei SGQ è in rete. Molti modelli documentali (più di 5.800) sono disponibili su richiesta e sono relativi a numerose attività sanitarie (*direzioni ospedaliere, amministrazione, laboratorio di chimica clinica, trasfusionale, microbiologia, anatomia patologica, diabetologia, pronto soccorso, radiologia, nefrologia-dialisi, assistenza infermieristica, ufficio qualità, formazione, Risk Management, SPP, servizi generali, farmacia, pediatria, chirurgie, servizi veterinari, ginecologia-ostetricia, gastroenterologia, anesthesiologia, medicina interna, oculistica, otorino, fisioterapia, angiologia, ortopedia, RSA, DH oncologico, nutrizione artificiale, poliambulatori, medicina nucleare, biologia molecolare, virologia, laboratorio sanità pubblica, neurologia, analisi delle acque, HACCP, approvvigionamento, ufficio tecnico, ...*). Scrivete all'Accademia i vostri desideri: sarà nostra cura soddisfarli nei limiti del possibile.

4. Ricordo che nell'area riservata ai Soci è presente un **forum (QUALITA' SENZA VELI)** dove è possibile colloquiare con gli altri soci. Anche se siamo nell'era di facebook, non siamo ancora abituati al suo utilizzo, ma è un vero peccato non sfruttare un mezzo così efficace e rapido (...se utilizzato).

Cordialmente

Beppe

348-8979002

[beppecarugo@virgilio.it](mailto:beppecarugo@virgilio.it)

[beppe.carugo@mzcongressi.com](mailto:beppe.carugo@mzcongressi.com)

[www.qualitologia.it](http://www.qualitologia.it)

Questo è un mezzo informativo aperto a tutti gli iscritti ad Accademia News e ad Accademia di Qualitologia. L'adesione all'Accademia è volontaria e l'accettazione è subordinata dalla decisione parte del coordinamento della stessa. Le opinioni espresse e i documenti inseriti sono sotto responsabilità individuale. Questo messaggio può contenere informazioni riservate e/o confidenziali e deve essere utilizzato soltanto dai destinatari (iscritti ad Accademia News o ad Accademia di Qualitologia) a cui è rivolto. Se Lei non è il destinatario designato, contatti per favore il mittente e cancelli questo messaggio. Qualsiasi uso non autorizzato delle informazioni in esso contenute è severamente proibito.

This message is intended only for the use of the named recipients (Accademia di Qualitologia and Accademia News Members) and may contain confidential and/or privileged information. If you are not the intended recipient, please contact the sender and delete this message. Any unauthorized use of the information contained in this message is prohibited.

